Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	REPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO EQUIPO BIOMÉDICO	CÓDIGO : AP-AT-F-95-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO Y TECNOLÓGICO	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 20/04/2022

0	**NUMERO DE REPORTE**	MP_AM_2694

Equipo:	CAMILLA		
Marca:	SPENCER	**Clasificación:**	I
Modelo:	CR00007 CROSS UP	**Placa de inventario:**	88685 SN-0005853
Serie:	2129267035	**U.S.S:**	ENGATIVA CALLE 80- APH
Periodicidad mantenimiento:	SEMESTRAL	**Servicio:**	TAB. JQV 110- 6891 APH
Accesorios:	Colchoneta y Cinturon (1)		

Condiciones en las que se recibe el equipo:	**Item a evaluar**	**SI**	**NO**
	¿El equipo se recibió limpio y desinfectado?	✓	
	¿Se entregan accesorios completos y en buen estado?		✓

C: CONFORME , N.C: NO CONFORME, N.A: NO APLICA

Actividad	**C**	**N.C**	**N.A**
Verificar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo	✓		
Limpieza e inspección integral externa del equipo	✓		
Limpieza e inspeccion interna del equipo			✓
Verificación de plataforma.	✓		
Verificación de cordobán.	✓		
Limpieza y lubricación de partes móviles.	✓		
Verificación estado de pintura.		✓	
Verificación antideslizantes.	✓		

Observaciones:

Equipo operativo, se solicita pintura y colchoneta por deterioro, un cinturon, se realiza entrega de un cinturon

Accesorios y/o repuestos utilizados:	**Accesorios y/o repuestos a cotizar:**
Cinturon (1)	Cinturon (1).
	Pintura
	Colchoneta (1).

Condiciones en las que se entrega el equipo:	**Item a evaluar**	**SI**	**NO**
	¿El equipo se entrega limpio y desinfectado?	✓	
	¿Los accesorios se entregan completos y en buen estado?		✓
	Fecha de ultima calibración		

Fecha inicio:	*6-abr-26*	**Hora inicio:**	*3:40:00 p. m.*
Fecha finalización:	*6-abr-26*	**Hora finalización:**	*4:10:00 p. m.*

Calificación del servicio		
☺	😐	☹

Monica Cuevas- Ing. biomédica	
Nombre y Sello	**Nombre y Sello**
Coordinador o Encargado que recibe a satisfacción	Responsable Mantenimiento